



**ISSN: 1561-3194**

***Rev. Ciencias Médicas. abril 2005; 9(1):***

**PRESENTACIÓN DE CASO**

## **Colostomía perineal en el carcinoma recto vaginal**

### **Perineal colostomy in recto-vaginal carcinoma**

**Elpidio Barrial García<sup>1</sup>, Miguel Alexis González Linares<sup>2</sup>, Angel Miguel Sarmiento Vitón<sup>3</sup>, Dianelys Ferrer Sánchez<sup>4</sup>.**

<sup>1</sup>Especialista de II Grado en Obstetricia y Ginecología. Departamento de Ginecología Hospital Clínico Quirúrgico Docente "Abel Santamaría Cuadrado". Pinar del Río.

<sup>2</sup>Residente de 4to año en Obstetricia y Ginecología. Departamento de Ginecología Hospital Clínico Quirúrgico Docente "Abel Santamaría Cuadrado". Pinar del Río.

<sup>3</sup>Residente de 3er año Obstetricia y Ginecología. Departamento de Ginecología Hospital Clínico Quirúrgico Docente "Abel Santamaría Cuadrado". Pinar del Río.

<sup>4</sup>Residente de 1er año Obstetricia y Ginecología. Departamento de Ginecología Hospital Clínico Quirúrgico Docente "Abel Santamaría Cuadrado". Pinar del Río.

---

## RESUMEN

Se realizó una variante quirúrgica en una paciente con cáncer recto-vaginal, con infiltración del tercio inferior y cara lateral derecha del recto, muy próximo al esfínter del ano. La técnica consistió, previo diagnóstico por biopsia, en realizar excérecis del tumor que comprometió al parapeto derecho y el tercio inferior de vagina, terminando con una colostomía perineal, conservando algunas fibras del esfínter del ano. Se dejó drenaje en ambos lados y se reconstruyó resto de la vagina. Se logró buena continencia rectal del paciente, con buen estado de satisfacción. No hubo complicaciones y actualmente defeca sin dificultad. Ha tenido seguimiento por consulta de Oncoginecología del Hospital III Congreso de Pinar del Río. La intervención se llevó a cabo en una hora.

**Palabras clave:** COLOSTOMÍA/uso terapéutico, NEOPLASMAS DEL RECTO/cirugía, NEOPLASMAS VAGINALES/cirugía, TÉCNICAS QUIRÚRGICAS.

---

## ABSTRACT

A surgical alternative was performed in a patient suffering from rectovaginal cancer infiltrating the lower third and lateral right aspect of the rectum, so closed to anal sphincter. Operative technique consisted of a previous diagnosis by biopsy, besides, exceresis of the tumor that compromised right pararectum and lower third of vagina, ending in perineal colostomy preserving some fibers of anal sphincter. Drainage was performed in both sides and the rest of the vagina was reconstructed. A good rectal continence and well being were obtained, observing no complications, the patient defecates without difficulties, this case is followed up at "III Congreso Hospital" in Pinar del Rio. Operative procedures lasted an hour.

**Key words:** COLOSTOMY/therapeutics, RECTAL NEOPLASMS/surgery, VAGINAL NEOPLASMS/surgery, SURGERU OPERATIVE.

---

## INTRODUCCIÓN

El tratamiento básico de los tumores del recto bajo era una colostomía definitiva. Con la técnica realizada en nuestro departamento, se realizó excérecis del tumor y colostomía perineal, con los cuales redujo la necesidad de una colostomía abdominal (cirugía mutilante).

Hoy podemos hablar de tratamientos locales, por excérecis local de tumores localizados en el tercio inferior del recto, tabique recto-vaginal y/o próximo al ano o comprometiendo este.<sup>6-5</sup>

Esta cirugía se realizó con intención curativa de la paciente.

En el tratamiento de estos tumores se describen dos técnicas:

a. Colostomía perineal.

b. Técnica de la anastomosis coloanal.

La colostomía perineal evita tener que convivir con una colostomía permanente y sin molestias.

El objetivo de este trabajo es mostrar esta nueva técnica quirúrgica en Ginecología, con la cual se obtuvo en esta paciente muy buenos resultados, alta satisfacción porque evita la colostomía abdominal permanente, es más estética y evita los estados psíquicos depresivos asociados con la colostomía abdominal, por lo que redundando en bienestar de la paciente y sus familiares, mejorando su calidad de vida.  
1, 3, 4

## **PRESENTACIÓN DEL CASO**

Paciente de raza blanca, 60 años de edad, casada, que viene presentando cambios en el hábito intestinal, dificultad para defecar, pérdida de peso y dispareunia.

A.P.P:

- Hace 13 años fue operada por un C.I.S. del cuello uterino.
- Antecedentes de Enfermedad de Bowen vulvar en 1990 (lesión premaligna).

*Examen físico:*

Tacto vaginal: Se palpa una tumoración de aproximadamente 2.5 cm en tercio inferior de vagina.

*Estudio realizado:*

Biopsia local: Carcinoma de vulva, tumor 2 -3 cm del tercio inferior de la vagina.

Postoperatoria: Carcinoma escamoso moderadamente diferenciado con intensa infiltración del músculo de los fragmentos de tejido.

No infiltración de los fragmentos cubierto por piel.

Resumen: Carcinoma del tercio inferior recto-vaginal con infiltración parcial de la pared lateral derecha del recto y del ano.

Tratamiento complementario coadyuvante: Radioterapia.

Evolución: Satisfactoria, defeca bien, con control.

Actualmente asintomática y con seguimiento por consulta externa.

## **TÉCNICA QUIRÚRGICA**

- Realizamos incisión mucocutánea.
- Se decola y eleva mucosa vaginal.
- Se delimita el tumor y se realiza excéresis total incluyendo mucosa rectal y algunas fibras de esfínter del ano.

- Se explora el espacio perirectal, realizándose una amputación del recto a unos 3 cm. de distancia aproximadamente, y se explora el tejido graso perirectal.
- Se separa la mucosa vaginal y se sutura con puntos de cromado # 0.
- Se atrae el extremo proximal del recto y se fija a la piel perineal con cromado # 0, alternando con puntos de Vicryl.
- Se dejó drenaje a ambos lados del recto a través del periné.
- Se coloca una sonda rectal y se fija la misma durante 24-48 horas.
- Coincidiendo con el peristaltismo, se procede a un enema amplio y se retira la sonda rectal. La paciente debe defecar después.
- Puede repetirse el ciclo de enemas si fuese necesario con 11/2 litros de suero fisiológico.
- Durante el primer mes la paciente se hará baños de asiento y si fuese necesario dilatación rectal.
- Se usó cefalosporina profiláctica, 2g EV 30 minutos antes de la operación.
- Se indicó hiparían 1cc sc c/12 horas durante 7 días, continuando después con ¼ de tableta de A.S.A. diaria (7 am) para evitar fenómenos tromboembólicos.
- Se realizó cura local con suero fisiológico y yodo povidona, después aseo con agua y jabón.
- Se retiró drenaje a las 48 horas.

## **DISCUSIÓN**

Se realizó la técnica quirúrgica en nuestra paciente de 60 años, con buen estado general. No se presentaron complicaciones generales ni locales. No hubo alteraciones psíquicas en la paciente. La evolución actual es favorable. Todas las complicaciones pueden ser evitables. Es necesario un cuidado adecuado de la zona perineal, para evitar la sepsis del muñón (Nitrofurazona pomada local). Tiene además un importante impacto económico y social, pues no se usa bolsa de colostomía.

Continuamos realizando nuestra técnica a los casos, aunque raros de este tipo de tumor. Esta técnica puede ser el nacimiento de otras técnicas ginecológicas de los tumores del cuello uterino, que infiltran la región rectal y vaginal.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Billingham R. Conservative treatment of rectal cancer, 1992.
2. Disaia PJ. Enfermedades vulvares y vaginales. Danforth Tratado de Obstetricia y Ginecología 8ª. Ed. México: Mc Graw-Hill Interamericana; 2000. p. 817-43.
3. Rock JA, Horowitz IR. Situaciones quirúrgicas de la vagina y la uretra. En: Rock JA, Thomson JD, Te Linde Ginecología Quirúrgica. 8ª ed. Buenos Aires: Editorial Médico Panamericana; 1998. pp. 935-62.
4. Shafik A. Local excision of rectal cancer: Report of a technique and result. Eur J Surg Oncol 1992.
5. Te Linde, 8a ed. 1998; Carcinoma de vagina, pp. 946-953.
6. Tratado de Obstetricia y Ginecología. Danforth ? Scout, 8ª. Ed. 2000; Tumores malignos de vagina, p. 838-843.

Recibido: 10 de julio de 2003  
Aprobado: 28 de diciembre de 2004

Dr. Elpidio Barrial García. Calle Célso Maragoto No. 49 F Esquina Luz Saldivar. Pinar del Río. Cuba.